

Regolamento per l'Accesso alle Prestazioni Socio Sanitarie

ART.1

Obiettivo

I percorsi integrati socio sanitari si realizzano attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati in Piani di Zona Sociali, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni socio sanitarie . In questo regolamento si delineeranno le procedure operative per l'attuazione del percorso integrato e per l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie .

ART.2

Definizioni di prestazioni socio sanitarie

L'insieme delle prestazioni socio sanitarie si caratterizzano in tre tipologie a seconda della maggiore o minore presenza di fattori sociali o sanitari.

Le prestazioni sono individuate quali:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
 - prestazioni sociali a rilevanza sanitarie
 - prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione.
- La prima tipologia, **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, risponde alla necessità di mettere in atto prestazioni tese alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, alla rimozione e al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. Tutte queste prestazioni sono di competenza delle Aziende Sanitarie Locali e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati ed erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali;
- La seconda tipologia di prestazioni si caratterizza per la forte componente sociale, da qui il nome di **prestazione sociale a rilevanza sanitaria**, correlata a particolari stati di bisogno dovuti a problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Queste prestazioni sono di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi;
- La terza tipologia prevede invece le **prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione**. Questa tipologia si configura per tutte quelle particolari situazioni in cui non è possibile definire la prevalenza dell'uno o dell'altro fattore sociale o sanitario poiché la complessità è tale da non poter scindere le due fattispecie.

In tale ambito le azioni che andranno poste in essere, nel progetto individuale d'intervento, saranno caratterizzate dal concorso di più apporti professionali sociali e sanitari, tali da rendere la prestazione inscindibile e indivisibile.

Di queste prestazioni , alcune vengono definite *prestazioni socio – sanitarie compartecipate*.

Le prestazioni socio – sanitarie cosiddette compartecipate sono quelle prestazioni nelle quali la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle AA.SS.LL. e dei Comuni (DPCM 14.02.01 e allegato 1 C del DPCM 29.11.01).

Attengono prevalentemente alle aree:

- **materno infantile;**
- **anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative;**
- **disabilità;**
- **patologie psichiatriche;**
- **dipendenze da droga, alcol e farmaci;**
- **patologie per infezioni da HIV e patologie terminali.**

Si articolano in Prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali.

L'Allegato 1C del DPCM del 29.11.01 così definisce le otto prestazioni oggetto di compartecipazione:

Assistenza Domiciliare

Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP) – comprese le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona [prestazioni a domicilio di medicina generale, pediatria di libera scelta b) prestazioni a domicilio di medicina specialistica; c) prestazioni infermieristiche a domicilio d) prestazioni riabilitative a domicilio e) prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona f) prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa]

Assistenza semiresidenziale

- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani** – prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo;

Assistenza residenziale:

- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani** – prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV** – prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale.

ART.3

Porta Unitaria d'accesso

La Porta Unitaria di Accesso, come definito dalla Legge Regionale 11/2007, "va intesa come funzione esercitata sia dal segretariato sociale per i comuni, sia dai distretti sanitari per le ASL, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti".

La P.U.A. rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata (di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale).

Laddove non sia ancora attivata la PUA, la richiesta di accesso arriverà e sarà inoltrata all'UVI direttamente dalle UUOO distrettuali competenti utilizzando la scheda di cui all'allegato1. In attesa della definizione di una scheda unica regionale ogni distretto utilizzerà la modulistica attualmente in uso.

ART.4

U.V.I.

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.). si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare di situazioni di bisogno socio-sanitario complesso, e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto assistenziale individuale (PAI).

L'U.V.I., ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata, ha il compito di:

- effettuare una "diagnosi" del bisogno socio-sanitario complesso, a partire dalla domanda espressa dall'utente e dalla sua famiglia (il "sintomo" portato);
- utilizzare le proprie competenze per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;

Allegato 1

-individuare, all'interno della rete, il servizio o i servizi più idonei a soddisfare i bisogni rilevati;

-modulare sul singolo caso l'offerta di servizi a seconda dell'evoluzione del bisogno.

L'U.V.I. si riunisce di norma presso il Distretto Sanitario salvo diverse esigenze per le quali risulti opportuno utilizzare un'altra sede sanitaria territoriale od extraterritoriale (strutture residenziali extra ASL) o presso la sede dei servizi sociali territoriali coinvolti, oppure presso il domicilio del richiedente la prestazione.

La composizione delle UU.VV.ii è oggetto di una comunicazione annuale alla Regione da parte di ogni Piano di Zona, controfirmata dal Direttore di Distretto Sanitario competente territorialmente.

ART.5

L'accesso alle prestazioni

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino (**valutazione di primo livello**) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi - sanitari o sociali - o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

Ad un **bisogno semplice** corrisponde l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale; ad un **bisogno complesso**, invece l'erogazione di prestazioni integrate sociali e sanitarie per il quale è necessaria la definizione di un progetto personalizzato in sede di Unità di Valutazione Integrata che preveda il coinvolgimento di molteplici professionalità.

La richiesta di accesso o segnalazione alla PUA può essere attivata:

- dal singolo cittadino interessato;
- da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato)
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UO ospedaliere, UO distrettuali etc; strutture residenziali)
- da altri servizi sociali dell'ambito territoriale.

La richiesta deve essere effettuata attraverso una specifica modulistica elaborata ad hoc e contenere

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.)
- Indicazione di chi ha effettuato la segnalazione (cittadino, familiare ecc.)
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi)
- Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso

In tutti i casi in cui la segnalazione/richiesta non è stata effettuata dal diretto interessato, occorre prevedere di acquisire la liberatoria affinché PUA e UVI possano operare il processo d'integrazione socio-sanitaria.

È opportuno in tal senso che la modulistica unica adottata per la domanda di accesso preveda un campo in cui il cittadino o il suo tutore giuridico esprima il consenso informato al trattamento dei dati da parte dei diversi soggetti della rete di servizi sociali e sanitari, nel rispetto della normativa sulla privacy e della L.241/90 in merito alla responsabilità del procedimento.

ART. 6

Ammissione alle prestazioni socio sanitarie

In seguito alla valutazione di primo livello, nel caso di risposta complessa, viene formulata la Proposta di Ammissione alle prestazioni socio sanitarie .

La Proposta di Ammissione è formulata dall'UO distrettuale competente o dal Servizio Sociale Professionale in raccordo con il MMG, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato. La Proposta di Ammissione è inviata al Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato) e al Coordinatore dell'Ufficio di Piano (o suo delegato).

La convocazione dell'UVI è affidata al Direttore del Distretto Sanitario o suo delegato.

La Proposta di ammissione deve contenere, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso, le seguenti informazioni:

- bisogno/problema rilevato
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione delle prestazioni socio sanitarie
- prima ipotesi di intervento
- tempi di attivazione dell'UVI

Sulla base della proposta per l'ammissione alle prestazioni socio sanitarie viene convocata l'UVI entro il limite massimo di 72 ore dalla richiesta . Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario. In questi casi l'accesso all'ADI/CDI dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI per rispondere a bisogni di natura sociale.

ART.7

La valutazione multidimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager

La valutazione multidimensionale è attivata, come detto, nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitario-assistenziali-sociali. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Integrata (UVI), con competenze multi-disciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale.

Va istituita almeno una UVI per ogni distretto sanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona e nei PAT.

All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

Per la parte sanitaria

- M.M.G./P.L.S
- Medico dell'U.O. distrettuale competente formalmente delegato alla spesa da parte del Direttore del Distretto

Per la parte sociale

- assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale e/o referente d'area per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano,
- rappresentante del comune di residenza dell'utente formalmente delegato all'assunzione della spesa sociale.
- Utente e/o familiare di riferimento munito di certificazione ISEE di cui al regolamento di compartecipazione comunale alla spesa sociosanitaria ex decreto n.6/2010.

In caso di ricovero presso strutture socio sanitarie accreditate e/o contrattualizzate, se il Direttore del Distretto ne ravvede la necessità ,potrà intervenire all'UVI il rappresentante della struttura per acquisire gli estremi del comune/utente per la fatturazione della quota sociale.

La normativa regionale considera obbligatoria la partecipazione alle Unità di Valutazione Integrata e necessario l'assenso del rappresentante di ogni ente al progetto individuale concertato nell'UVI stessa, ai fini dell'erogazione della prestazione e della relativa assunzione di spesa. Nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive delle UU.VV.II., la A.S.L. procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti ai fini della compartecipazione.

L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche o altre figure necessarie legate alla valutazione del singolo caso.

L'atto di convocazione delle UVI deve prevedere i nomi dei componenti e i loro ruoli, anche in funzione dell'autonomia decisionale in ordine alla spesa o ai tempi di attivazione delle diverse prestazioni:

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato.
- Stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa socio sanitaria da parte dell'ASL e del comune/utente .

La *valutazione multidimensionale* dell'UVI deve essere effettuata con strumenti specifici, al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione, strumenti resi disponibili dalla Regione Campania sulla base delle sperimentazioni già effettuate con la scheda SVAMA e la classificazione ICF.

Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 20 giorni dalla richiesta di accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'UVI deve concludersi, con la redazione del Progetto Personalizzato.

In sede UVI viene individuato il *Case Manager o Responsabile del caso*, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio. Il *Case Manager o Responsabile del caso* ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. È fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con la persona assistita e/o la sua famiglia. Il *Case Manager o Responsabile del caso* assicura che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza.

È importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Personalizzato, che è appunto del *Case Manager o Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative. Il responsabile del caso viene individuato in sede UVI ed è all'UVI che deve direttamente rispondere funzionalmente del suo operato. Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare.

ART. 8

La redazione del Progetto Personalizzato

Alla valutazione multidimensionale segue la elaborazione del Progetto Personalizzato. L'UVI elabora il Progetto Personalizzato tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. In vista di una informatizzazione del sistema la Regione provvederà ad elaborare uno strumento di riferimento (un modulo predefinito digitale) per la redazione del Progetto Personalizzato.

L'UVI, nel rispetto di quanto definito nel decreto n.49/2010 del Commissario di Governo nominato con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24/04/2010, ha i seguenti compiti:

- 1) Definisce gli indicatori di accesso utili ad individuare priorità e tempi necessari alla valutazione;
- 2) Applica gli strumenti idonei e standardizzati per la valutazione multidimensionale (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale: **SVAMA**);
- 3) Elabora il PAI comprendente obbligatoriamente:
 - gli obiettivi essenziali da raggiungere
 - la tipologia della prestazione
 - la durata presumibile degli interventi assistenziali
 - tempi di verifica dell'andamento del PAI
 - i costi della prestazione e la ripartizione percentuale dei costi tra ASL e comune/utente
 - le modalità di pagamento all'ASL della quota sociale del comune/utente
 - la firma per accettazione dell'utente e/comune della quota compartecipata a proprio carico.

- Il PAI deve necessariamente contenere il seguente set di informazioni:

- Anamnesi del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o del Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.);
- Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare a cura dei servizi sociali d'ambito;
- Diagnosi socio-sanitaria;
- Diagnosi sociale;
- Individuazione risorse personali;
- Individuazioni risorse familiari;
- Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.S.E. e I.S.E.E.);
- Obiettivi dell'intervento integrato;
- Metodologia;
- Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
- Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
- Eventuali moduli, schede, protocolli, relazioni, certificazioni, frutto della professionalità, dell'esperienza, della competenza dei componenti e/o delle unità operative e dei servizi che questi rappresentano (es. Unità Valutazione Geriatrica, scheda di rischio sociale, schede operative della pediatria di comunità).

- 4) individua il Case Manager responsabile distrettuale della presa in carico deputato a seguire il percorso del PAI di cui è il garante .Verifica costantemente la corrispondenza tra gli obiettivi prefissati, i risultati raggiunti e le risorse impiegate;
- 5) individua il Care Manager deputato a seguire il processo di assistenza e di attuazione degli interventi previsti nel PAI nella figura preferibilmente del MMG/PLS;
- 6) trasmette il PAI per l'autorizzazione, al Direttore Sanitario del Distretto il quale provvederà, se non già ottenuta dal rappresentante del comune o del PdZ in commissione UVI, ad ottenere l'autorizzazione di competenza dal responsabile del PdZ di riferimento per la definitiva attivazione del PAI;
- 7) acquisisce il consenso formale del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato e al pagamento dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa definita dalla certificazione ISEE;
- 8) Propone, ai sensi dell'art.2.3 parte II delle " linee di indirizzo sull'assistenza residenziale,semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della l.r. 22 aprile 2003 n° 8 " della DGRC 2006/04, il ricovero in R.S.A. o C.D. ,a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali, applicando l'ordine definito dall'art.2.3 stesso
- 9) verifica e rivaluta l'andamento complessivo del PAI secondo i tempi di revisione definiti dalla DGRC 2006/2004. Da tali rivalutazioni può scaturire un nuovo PAI modificativo del precedente;
stabilisce le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- 10) provvede alla tenuta ed archiviazione dei fascicoli personali dei pazienti.

Con il consenso informato si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino, che deve essere conclusa, come già indicato al paragrafo precedente, entro 20 giorni dalla data della richiesta di accesso.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il Progetto Personalizzato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'UVI.

Copia del Progetto Personalizzato è conservata presso l'UVI in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003).

Copia dello stesso progetto è inviata agli uffici competenti del Distretto Sanitario e all'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale, sia per l'attivazione del servizio integrato, sia per le funzioni di monitoraggio.

ART 9

Fatturazioni prestazioni residenziali socio sanitarie

A partire dal 1° gennaio 2012 è fatto obbligo alle strutture che erogano prestazioni sociosanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del D.P.C.M. del 29.11.2001, e secondo le disposizioni di cui all'allegato C del Decreto Commissariale 6/2010, di fatturare alla ASL nel cui territorio opera la struttura esclusivamente le tariffe dovute per la componente sanitaria, e all'utente /Comune la restante quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali di seguito riportate:

	ASL	Comune/utente
Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP) per prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona	50%	50%
Servizi semiresidenziali per disabili fisici psichici e sensoriali per prestazioni diagnostiche terapeutiche e socioriabilitative	70%	30%
Servizi semiresidenziali per anziani e demenze: per prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti ivi compresi interventi di sollievo	50%	50%

Servizi residenziali per disabili fisici psichici e sensoriali: prestazioni terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi	70%	30%
Servizi residenziali per disabili fisici psichici e sensoriali: prestazioni terapeutiche e socioriabilitative per disabili privi di sostegno	40%	60%
Servizi residenziali a favore di anziani per prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti ivi compresi interventi di sollievo	50%	50%
Servizi residenziali per persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie per prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale	40%	60%
Servizi residenziali a persone affette da AIDS per prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza	70%	30%

Nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive delle UU.VV.II., la A.S.L. procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti ai fini della compartecipazione e della relativa fatturazione.

ART 10

Modalità di Versamento all' ASL delle Quote di Compartecipazione Sociale per i ricoveri presso strutture sociosanitarie dell'ASL

La quota mensile di competenza del Comune e/o utente relativa alla prestazione sociosanitaria erogata nelle strutture socio sanitarie aziendali, dovrà essere versata al termine del mese successivo a quello di riferimento, attraverso bonifico bancario IBAN n. IT89P0760115100000013435839 o CCP n 13435839. intestato all'ASL Avellino inserendo obbligatoriamente la causale "quota sociale per (cognome, nome, data di nascita, comune di residenza dell'utente) con ricovero (specificare tipologia) nel periodo (specificare mese ed anno) nella struttura (denominazione struttura)".

Copia del versamento dovrà essere consegnata al Distretto Sanitario territorialmente competente ed alla Direzione Sanitaria della struttura.

ART. 11

Approvazione Regolamento

Il regolamento per l'accesso alle prestazioni socio sanitarie è approvato, previa specifica deliberazione, dal Direttore Generale dell'ASL di Avellino .

ART. 12

Norme Di Rinvio

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento si fa rinvio alle vigenti disposizioni di legge ed a protocolli operativi specifici demandati alla competenza dei distretti sanitari e degli ambiti sociali di riferimento .



**set minimo per
scheda di accesso P.U.A.
al sistema dei servizi**

ESSENTIALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA		Distretto:	Ambito:
COGNOME e NOME			
Punto di accesso:	U.O. distrettuale specificare: <input type="checkbox"/> COM	Data scheda	/ /
TELEFONO RUOLO M.M.G./P.L.S. <input type="checkbox"/> SEGR. SOCIALE <input type="checkbox"/>		
N° riferimento interno	Codice Identificativo univoco (generato dal sistema informativo sociale e sanitario)		
Richiesta di segnalazione a cura di:			
<input type="checkbox"/> familiare /parente <input type="checkbox"/> componente della rete informale <input type="checkbox"/> tutore giuridico <input type="checkbox"/> U.O. ospedaliere: _____ <input type="checkbox"/> u.o. distrettuali : _____ <input type="checkbox"/> strutture residenziali : _____ <input type="checkbox"/> altri servizi sociali dell'ambito territoriale: _____ <input type="checkbox"/> altro: _____			
dati dell'assistito			
Cognome		Nome	
Data nascita	___/___/___	Genere	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Luogo Nascita		Codice Fiscale/STP	
Indirizzo dell'Assistito:			
Recapiti Telefonici			
Comune di residenza		Stato estero assistito	
Regione di residenza dell'assistito		A.s.l. di residenza dell'assistito	
Medico dell'assistito: mmg <input type="checkbox"/> pls <input type="checkbox"/>	nome:	cognome:	asl distretto
	Indirizzo:		
Utente già in carico	Servizi sociali <input type="checkbox"/> Servizi sanitari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/>	Attualmente fruisce di servizi:	Servizi sociali <input type="checkbox"/> Servizi sanitari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/>

PROFILO PERSONALE



Luogo e Data _____

Firma

modulo 1

Distretto di

UO.....

Modulo di richiesta di ricovero in RSA/CD Aziendali

Proposta di ricovero in RSA/CD

Dott..... ambulatorio.....

o Medico Medicina Generale

o Altro medico (specificare).....

Segnalazione del paziente effettuata da:

o Medico Medicina Generale o Ospedale o Medico Prescrittore o Servizi Sociali o familiari o altro

Paziente: Cognome e Nome.....
Luogo di nascita..... Data di nascita...../...../.....
Residenza..... Via..... n°.....
Domicilio assistenza..... Via..... n°.....
☎..... Codice Fiscale Esenz. Ticket n.....
MMG Dott..... ☎ ambulatorio.....

modulo 2



Distretto.....

UO.....

Progetto Assistenziale Individuale

Verbale Unità Valutazione Integrata

Prot. n del

Paziente: Cognome e Nome.....

Luogo e data di nascita...../...../.....

Residenza.....Residenza Storica.....

Domicilio assistenza.....

☎.....

☎(Familiare referente).....

Codice Fiscale n.....Esenz. Ticket oA oB o R n.

MMG Dr

P ☎ ambulatorio.....☎ domicilio.....

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

PROPOSTA DI PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

PROBLEMA CLINICO _____

OBIETTIVI PREFISSATI _____

Prestazione Compartecipata: Tipologia RS CE

Durata prevista ricovero

Retta totale giornaliera: €

Quota ASL giornaliera pari al%: €

Quota utente giornaliera pari al%: €

Quota Comune giornaliera pari al%: €

Componenti U.V.I..	Qualifica	Presente	Assente	Firma
Dott.	M.M.G.			
Dott.	responsabile UO/specialista del distretto			
Dott.	Delegato alla spesa del Comune e/o PdZ			
Sig.	Utente/familiare			

modulo 3



Per le strutture sociosanitarie aziendali

Distretto di

UO.....

**Modulo di accettazione al ricovero in R.S.A. / C.D. / Strutture a bassa intensita' assistenziale
Salute Mentale / ADI , e alla compartecipazione alla spesa sociosanitaria**

Il Sottoscritto.....

nato a..... il...../...../.....

residente in

via.....N°.....

Familiare referente del Paziente in qualità di

Cognome e nome.....

Nato a..... il/...../..... con domicilio di assistenza in

.....via..... n°.....

Chiede di usufruire del ricovero in RSA/CD e dichiara di essere stato informato:

1. sulle caratteristiche del servizio e sulle prestazioni erogate nella struttura del ricovero;
2. che è prevista la compartecipazione dell'utente e/o del comune al% della spesa di ricovero giornaliero pari a €..... essendo il% della restante spesa di competenza dell'ASL.
3. che la quota mensile del Comune e/o dell'utente relativa al ricovero, dovrà essere versata al termine del mese successivo a quello di riferimento attraverso bonifico bancario IBAN IT89P0760115100000013435839 o CCP n13435839 intestato all'ASL Avellino , inserendo obbligatoriamente la causale "quota sociale per (cognome, nome, data di nascita, comune di residenza dell'utente) con ricovero (specificare tipologia) nel periodo (specificare mese ed anno) nella struttura (denominazione struttura).
4. **che la copia del bonifico bancario andrà consegnata al Distretto Sanitario di residenza del paziente e alla Direzione Sanitaria della Struttura..**

Data/...../.....

Firma per accettazione utente o familiare

.....

n. documento d'identità

.....

Firma per accettazione delegato comune e/o Piano di Zona

Modulo 4



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

Distretto di

Per le strutture sociosanitarie aziendali

Al Sig
Al familiare / amministratore sig.
Al legale Rappresentante Centro
Al Sig. sindaco del comune di residenza storica
Al distretto sanitario di residenza storica

Oggetto: Valutazione UVI ed Autorizzazione – decreto commissario ad acta n.6/2010

Assistito sig.	
Nato a	Il
Residenza	Via
Comune di residenza storica all'atto del primo ricovero:	
Visto il verbale riunione UVI del _____ ai sensi dei Decreti n.6/2010 e n.77/2011 del Commissario ad Acta e della DGRC n.50/2012	
SI AUTORIZZA:	
Trattamento in regime:	
Presso il Centro	
A decorrere dal	Con scadenza
Retta giornaliera	
Quota a carico dell'ASL% pari a €.....	
Quota di compartecipazione a carico del comune% pari a €.....	
Quota di compartecipazione a carico dell'utente% pari a €.....	

La presente comunicazione sostituisce eventuali precedenti autorizzazioni.

La quota mensile del Comune /utente relativa al ricovero, dovrà essere versata al termine del mese successivo a quello di riferimento attraverso conto corrente postale n. 13435839 oppure bonifico bancario IBAN n. IT89P076115100000013435839 intestato all'**ASL Avellino** inserendo obbligatoriamente la causale "quota sociale per (cognome, nome, data di nascita, comune di residenza dell'utente) con ricovero (specificare tipologia) nel periodo (specificare mese ed anno) nella struttura (denominazione struttura)". **Copia del versamento dovrà essere consegnata allo scrivente Distretto Sanitario e alla Direzione Sanitaria della struttura.**

Il Responsabile UO
dott.

Il Direttore del Distretto
dott.

Modulo 5





Distretto di
UO.....

Modulo di accettazione al ricovero in R.S.A. / C.D. / Strutture a bassa intensita' assistenziale Salute Mentale / ADI , e alla compartecipazione alla spesa sociosanitaria

Il Sottoscritto.....

nato a..... il...../...../.....

residente in

via.....N°.....

Familiare referente del Paziente in qualità di

Cognome e nome.....

Nato a..... il/...../..... con domicilio di assistenza in

.....via..... n°.....

Chiede di usufruire del ricovero in RSA/CD /comunità alloggio psichiatrica e dichiara di essere stato informato:

1. sulle caratteristiche del servizio e sulle prestazioni erogate nella struttura del ricovero;
2. che è prevista la compartecipazione dell'utente e/o del comune al% della spesa di ricovero giornaliero pari a €..... essendo il% della restante spesa di competenza dell'ASL.
3. che ,come da normativa regionale,la quota mensile del Comune/utente relativa al ricovero, dovrà essere versata direttamente alla struttura di ricovero.

Data/...../.....

Firma per accettazione utente o familiare

.....

n. documento d'identità

.....

Firma per accettazione delegato comune e/o Piano di Zona

.....

Distretto di

Tel. _____ – Fax _____

.....@aslavellino.it

Al familiare / amministratore sig.**Al legale Rappresentante Centro****Al Sig. sindaco del comune di residenza storica****Al distretto sanitario di residenza storica****Oggetto:** Valutazione UVI -Autorizzazione di cui ai decreti commissariali n.6 e n.77 /2011

Assistito sig.	
Nato a	Il
Residenza storica all'atto del primo ricovero	Residenza attuale
Comune di residenza storica all'atto del primo ricovero:	
Visto il verbale riunione UVI del _____ ai sensi dei Decreti n.6/2010 e n.77/2011 del Commissario ad Acta e della DGRC n.50/2012 SI AUTORIZZA:	
Trattamento in regime: <i>(definire la prestazione secondo il DPCM 29-11-2001)</i>	
Presso il Centro	
A decorrere dal	Con scadenza
Retta giornaliera: <i>(importo definito dal decreto n.6 con indicazione del livello intensità)</i>	
Quota a carico dell'ASL% pari a €.....	
Quota di compartecipazione a carico del comune% pari a €.....	
Quota di compartecipazione a carico dell'utente% pari a €.....	

La presente annulla e sostituisce eventuali precedenti autorizzazioni.

- La quota dovuta per la componente sanitaria sarà fatturata alla ASL nel cui territorio opera la struttura di ricovero;

- la quota sociale sarà fatturata dalla struttura di ricovero direttamente al comune di residenza storica e/o all'utente così come definito percentualmente dal comune stesso.

**Il Responsabile UO
dott.****Il Direttore del Distretto
dott.**

**Schema tipo di convenzione tra
comuni associati in ambiti territoriali ed AA.SS.LL. di riferimento**

Il giorno _____ del mese di _____ presso _____ tra

1. l'ambito territoriale _____ nella persona di _____ nat_ a _____ il _____, in qualità di _____,
2. l'ASL _____ nella persona di _____ nat_ a _____ il _____, in qualità di _____

di seguito denominate, per brevità, "parti",

PREMESSO che

- con il decreto n. 6 del 04/02/2010 del commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro del settore sanitario, sono state approvate le tariffe per prestazioni erogate da Residenze Sanitarie Assistite e Centri Diurni ai sensi della L.R. 8/2003;
- con il decreto commissariale n. 6 del 04/02/2010 sono state adottate, altresì, le "Linee di indirizzo in materia di compartecipazione sociosanitaria" (allegato C) che prevedono la possibilità, di fatto esercitata, di anticipare da parte delle AA.SS.LL. alle succitate strutture l'intero importo delle rette con carico di recupero dai Comuni e/o cittadini;
- con il decreto n. 77 del 11/11/2011 del commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, sono stati emanati chiarimenti ed integrazioni relativi alla procedura per l'applicazione della compartecipazione alla spesa delle prestazioni sociosanitarie, di cui al decreto commissariale n. 6 del 04/02/2010;
- con il decreto n. 81 del 20/12/2011 il commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, a seguito di un serio confronto con l'Assessorato alle Attività Sociali, ha integrato quanto disposto con il decreto commissariale n. 77 del 11/11/2011, anche al fine di garantire l'uniformità su tutto il territorio regionale dei livelli essenziali di assistenza e limitatamente alle tipologie delle prestazioni sociosanitarie compartecipate individuate dalla Giunta Regionale ai sensi dell'art. 37 c. 3 della legge regionale n. 11/2007 e, comunque, nel rispetto di quanto previsto dal DPCM 29.11.2001, subordinando l'esecutività dei punti 1. e 3. del decreto commissariale n. 77 del 11/11/2011 all'adozione, da parte della Giunta Regionale - entro 60 giorni dalla data di adozione dello stesso decreto - dei provvedimenti che individuano la ripartizione finanziaria della quota a carico di enti locali, e utenti, sulla scorta della ricognizione effettuata dai competenti Uffici regionali e in ragione dei relativi fondi disponibili. Lo stesso decreto commissariale n. 81 del 20/12/2011 dispone che la mancata adozione dei provvedimenti della Giunta Regionale di cui al punto precedente - nei termini ivi previsti - determina l'automatica ed immediata esecutività dei punti 1. e 3. del decreto commissariale n. 77 del 11/11/2011;
- ai sensi dell'art. 46 della legge regionale 27 gennaio 2012, n. 1 e nel rispetto dell'articolo 117, comma 2, lettera m), e dell'articolo 118, comma 4, della Costituzione Italiana, i progetti personalizzati definiti ai sensi dell'articolo 41, comma 3, lettera b) della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 devono essere programmati, gestiti e monitorati da personale dell'ASL e degli enti locali, attraverso modalità di cogestione della presa in carico, con soggetti del terzo settore, insieme agli utenti e loro familiari;
- ai sensi dell'art. 47 della legge regionale n. 1/2012 le prestazioni socio-sanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, sono erogate previa approvazione di convenzione tra gli ambiti comunali, previsti dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e dalla legge regionale 11/2007 e le aziende sanitarie locali. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della stessa legge, stabilisce le modalità di erogazione delle prestazioni, la gestione dei rapporti giuridici in corso e lo schema tipo di convenzione, fatte salve le competenze del commissario ad acta per il piano di rientro del settore sanitario.
- ai sensi dell'art. 37 c. 3 della legge regionale n. 11/2007, con deliberazione n. _____ del _____ la Giunta Regionale della Campania ha individuato le tipologie delle prestazioni sociosanitarie compartecipate e la ripartizione degli oneri finanziari tra enti locali, ASL e utenti, in quelle di cui all'allegato 1C al DPCM 29.11.01;
- con la stessa deliberazione n. _____/2012 la Giunta Regionale ha stabilito che

a) per le prestazioni riferite al periodo 1° gennaio 2010/31 dicembre 2011, la Regione Campania eroga, per ciascun Ambito Territoriale, risorse volte a sanare completamente i debiti degli stessi ambiti territoriali nei confronti delle AA.SS.LL. di competenza - fatti salvi i livelli di

compartecipazione degli utenti al costo delle relative prestazioni già applicato dagli ambiti territoriali e/o dalle AA.SS.LL. di riferimento - con risorse a valere sul Fondo Sociale Regionale così come costituito con lo stesso provvedimento e secondo quanto ivi disciplinato;

b) per le prestazioni riferite al periodo decorrente dal 1° gennaio 2012 la Regione Campania eroga, per ciascun Ambito Territoriale, risorse a valere sul Fondo Sociale Regionale così come costituito con lo stesso provvedimento e secondo quanto ivi disciplinato, a copertura del 50% del costo delle prestazioni relativamente a) alle tipologie delle prestazioni sociosanitarie compartecipate sopra individuate, fatti salvi i servizi già attivati dagli ambiti territoriali al 31 marzo 2012 in linea con le disposizioni del competente Settore Assistenza Sociale della Giunta Regionale, b) alle soluzioni alternative individuate, relativamente agli utenti già in carico alle AA.SS.LL. alla data di approvazione del presente provvedimento, più adeguate per ottimizzare l'utilizzo delle risorse e assicurare la efficacia e la qualità del sistema di offerta, nonché la capacità finanziaria, prevedendo il coinvolgimento diretto degli utenti e delle relative famiglie;

- per i fini di cui sopra, stante quanto disciplinato con la DGR n. ___/2012, i comuni associati in ambiti territoriali e le AA.SS.LL. di riferimento, ai sensi dell'art. 42 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11, procedono congiuntamente, adottando la convenzione di cui allo schema adottato con la stessa DGR n. ___/2012, nonché utilizzando le modalità ivi previste: a) alla analisi delle prestazioni, degli interventi e delle spese in precedenza sostenute da ciascuna delle parti, per verificarne l'utilità in termini di costi-benefici ed individuare le soluzioni alternative più adeguate per ottimizzare l'utilizzo delle risorse e assicurare la efficacia e la qualità del sistema di offerta, nonché la capacità finanziaria, prevedendo il coinvolgimento diretto degli utenti e delle relative famiglie, b) ad individuare forme comuni di contabilità e rendicontazione per ciascuna delle prestazioni e degli interventi sociosanitari programmati specificando per le singole istituzioni - comuni associati ed ASL - le rispettive quote di compartecipazione per l'attuazione dei livelli essenziali assistenziali socio-sanitari.

Tutto ciò premesso, tra le parti si stipula quanto segue.

Articolo 1

Oggetto della convenzione

Oggetto della presente convenzione è l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 (di seguito, per brevità, "prestazioni"), programmate, gestite e monitorate dalle parti attraverso modalità di cogestione della presa in carico. La presente convenzione ha per oggetto, altresì, la gestione dei rapporti giuridici in corso tra le parti, concernenti l'erogazione delle prestazioni di cui sopra.

Articolo 2

Finalità

Ai sensi dell'art. 42 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 ed in relazione alle prestazioni di cui alla presente convenzione, le parti procedono congiuntamente, alla analisi delle prestazioni, degli interventi e delle spese in precedenza sostenute da ciascuna delle parti, per verificarne l'utilità in termini di costi-benefici ed individuare le soluzioni alternative più adeguate per ottimizzare l'utilizzo delle risorse e assicurare la efficacia e la qualità del sistema di offerta, nonché la capacità finanziaria, prevedendo il coinvolgimento diretto degli utenti e delle relative famiglie. Ai sensi dello stesso art. 42 le parti procedono, altresì, ad individuare forme comuni di contabilità e rendicontazione per ciascuna delle prestazioni e degli interventi sociosanitari programmati specificando per le singole istituzioni - comuni associati ed ASL - le rispettive quote di compartecipazione per l'attuazione dei livelli essenziali assistenziali sociosanitari.

Articolo 3

Prestazioni riferite al periodo 2010/2011

Per le prestazioni riferite al periodo 1° gennaio 2010/31 dicembre 2011, in uno con la stipula della presente convenzione, le parti approvano il documento denominato "prestazioni 2010/2011", redatto sul modello allegato alla DGR n. ___/2012 e riportante tutte le informazioni ivi richieste.

Articolo 4

Prestazioni riferite al 2012

Per le prestazioni riferite al periodo decorrente dal 1° gennaio 2012, in uno con la stipula della presente convenzione, le parti approvano il documento denominato "prestazioni 2012" riportante tutte le informazioni riferite alle forme comuni di programmazione, gestione, monitoraggio, contabilità e rendicontazione per ciascuna delle prestazioni e degli interventi sociosanitari programmati, specificando le rispettive quote di compartecipazione (AT, utente, ASL).

Articolo 5

Trasferimento delle risorse regionali

Le parti concordano che, in relazione a quanto previsto al precedente art. 4, le relative risorse previste dalla DGR n. ____/2012 saranno trasferite dalla Regione Campania all' _____.

Articolo 6

Controversie

Per eventuali controversie in merito alla presente convenzione il Foro competente è quello di _____

Articolo 7

Registrazione

La presente convenzione è soggetta a registrazione solo in caso d'uso.

Per l'ambito territoriale _____

Per l'ASL _____

(timbri e firme) _____

Allegato

1. "Prestazioni 2010/2011"

